

广东公益恤孤助学促进会重症病童救助申请表（合作医院推荐）

编号: 2025107

申请日期: 2025年12月8日

病童资料	姓名	性别	出生年月	身份证号码	户籍所在地		
	黄	男	2016年8月		广东省佛山市		
	所患疾病	治疗医院	确诊时间	预估总费用	住院号	ID号	是否残疾
	重型地中海贫血	广州市妇女儿童医疗中心	2017年3月2日	50万			<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否 残疾类型和级别: /
	购买保险情况及报销比例	<input checked="" type="checkbox"/> 新农合 10%	<input type="checkbox"/> 城镇居民 0%	<input type="checkbox"/> 商业保险 0%	<input type="checkbox"/> 其他保险 0%	<input checked="" type="checkbox"/> 无	
病童家庭情况	姓名	年龄	健康情况	联系电话	1、抚养18岁以下儿童 2 名;		
	父亲 黄	45	一般		2、家庭年收入(不含政府补贴) 5万 元		
	母亲 谢	44	良好		3、固定资产: 1 套房子; 1 辆摩托车; 0 辆小汽车		
					4、家庭困难类型: <input checked="" type="checkbox"/> 村居委开具困难证明; <input type="checkbox"/> 街镇开具困难证明; <input type="checkbox"/> 困境儿童证明; <input type="checkbox"/> 低保/孤儿/事实无人抚养儿童证明		
申请救助理由(请详细描述)	<p>患儿每15-20天要输输血一次,吃去铁药维持生命,费用比较高。父母靠摆地摊维持一家人生活,有一个哥哥读大学,一个哥哥读初中,父母还有一个70多岁的老人要照顾,对于我们这个困难家庭来说已无力承担这高昂的手术费用,在此,我怀着万般恳切的心情,向广东公益恤孤助学促进会申请救助。</p> <p>本人保证上述情况完全真实。</p> <p>申请人签名: 黄 2025年 12月 8日</p>						
医院填写	疾病诊断及治疗(费用): 诊断重型地中海贫血. 拟于2025.12.9行造血干细胞移植, 预计50万.						
	医师签名: 何楚安 2025年 12月 9日						
	医院意见(盖章): 建议给予医疗救助金 ¥ 25000 元 (大写: 贰万伍仟 佰 零 拾 元 零 角 零 分) 负责人签名: 何靖皮 2025年 12月 9日						
广东公益恤孤助学促进会意见: 同意救助 ¥ 30,000.00 元 (大写: 叁万 零 仟 零 佰 零 拾 零 元 零 角 零 分) 负责人签名: 周其明 2025年 12月 22日							



廣東公益恤孤助學促進會 Orphan Education Society Guangdong

重症病童救助款收据

病童姓名: 黃 性别: 男 年龄: 9 岁
病种: 重型地中海貧血 治疗医院: 广州市妇女儿童医疗中心(珠江新城院区)

今收到广东公益恤孤助学促进会救助款 30,000 元 (大写: 人民币 叁万元整), 将作为 黃 的治疗费用。

受助人 (监护人): 黃

电 话:

见证人 (记者/志愿者/捐赠方代表等): —

电 话: —

经办人: 林信福

电 话: 18924052214

日 期: 2025 年 12 月 25 日

广州市妇女儿童医疗中心（珠）

广州市妇幼保健院 广州市儿童医院 广州市妇婴医院 广州市妇女儿童医疗中心增城院区

诊断证明书

姓名: 黄 性别: 男 年龄: 9岁 科别: 珠-血液肿瘤科2组 床号 住院号

诊 断: 1. 重型 β 型地中海贫血

医嘱及建议: 患儿2025. 12. 07至今在我院血液肿瘤科住院治疗, 特此证明。

医师签名: 江 华, 王 小 静,

日 期: 2025-12-9 10:40:51

注: 1、未经盖章, 签字无效。

2、涂改无效。

3、只作疾病证明, 不得作其它证明使用。



证明

兹有我四九村委 [REDACTED] 村民，黄 [REDACTED] 男（身份证
号码 [REDACTED] 家中收入以农业为主，家中三名小孩读
书。父母双双在家务工，家庭困难，望贵单位给予帮助。

特此证明





2025/12/10 21:56